

# TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PENSAMIENTO PROSOCIAL PARA JÓVENES INFRACTORES DE LA CIUDAD DE NEIVA CON TRASTORNO DISOCIAL

Autor(es): AUTORES: REY, Cesar (\*) y ENRIQUEZ, Fabio Martín

Palabras Clave: Desorden de conducta (SC 14520), Trastorno (SC 14520), Adolescente (SC 00920), Tratamiento (SC 54190), Pensamiento (SC 52980), Conducta Prosocial (SC 41133), Evaluación de Programa (SC 40835).

Descripción: Aplicar y evaluar el “Programa de Pensamiento Prosocial Versión Corta para Jóvenes” de Alba, Garrido y López (2005), como tratamiento de jóvenes varones con diagnóstico de trastorno disocial. Una muestra de 32 adolescentes infractores de la Ley, en el Instituto Reeducativo “Hogares Claret” de Neiva, diagnosticados según American Psychiatric Association (2002) y el Cuestionario Breve de Diagnóstico del Trastorno Disocial de la Conducta de Pineda, Puerta, Arango, Calad y Villa, (2000). Un diseño cuasi experimental con pre prueba post prueba. Los instrumentos usados: el Cuestionario de Conductas Antisociales de Ruiz y Ruiz (2003) y la Escala de Empatía adaptada por Rey (2003). Grupos, dos experimentales y dos controles, por inicio del trastorno disocial (niñez o adolescencia). Los resultados del programa fueron de eficaz para disminuir la conducta antisocial tanto en el grupo con trastorno disocial de inicio infantil como en los jóvenes que iniciaron en la adolescencia pero el programa no afectó la empatía en ninguno de los dos grupos.

Fuentes: Se encuentran 87 referencias distribuidas así: 46 libros y 28 revistas, 1 libro de medicina y dos tesis de grado, 6 blogs especializados, 3 leyes y 1 periódico.

## Contenido:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2001), especifica como principal rasgo del trastorno disocial el ser un "un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto”,

según el criterio A del DSM IV-TR (APA, 2001) p.160. Se trata por supuesto de desviaciones cualitativa y cuantitativamente más pronunciadas que la simple "maldad infantil" o la "rebeldía adolescente", pues por lo general implica la participación consciente por parte del niño o adolescente en actos que involucran un conflicto con la normativa social o con los códigos de convivencia implícita en las relaciones en sociedad.

Los tipos de comportamientos que se presentan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) pueden ser operacionalizados en cuatro categorías o agrupaciones:

1. *Comportamientos Agresivos*. Inicio de peleas; portar armas; actos crueles contra personas o contra animales; robo con violencia; violaciones; raras veces homicidio. 2. *Comportamientos no agresivos con daño a la propiedad privada. (No Hay Daño A Personas)*. Ocasionar incendios, romper vidrios, dañar automóviles, actividades vandálicas en la escuela, daño a la propiedad pública y privada en general. 3. *Fraudes o robos*. Mentiras, timos, falsificaciones, romper compromisos y promesas para sacar provecho, hurto, robos a tiendas. 4. *Violaciones a las normas*. Normas escolares, cimarras (huidas de clases), normas familiares, fugas, ausentismo laboral (en mayores), sexualización de la conducta, ingesta de alcohol y drogas.

La presencia de un trastorno disocial implica una distorsión de la actividad normal del sujeto, esto se relaciona con lo que el DSM especifica como un deterioro clínicamente significativo de las actividades (escolares, sociales, laborales) del sujeto.

Sin embargo, con un ángulo diferente el CIE 10 (OMS, 1992), señala que:

Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive (p.120).

Las formas de comportamiento en las que se base el diagnóstico para el CIE 10, pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. (p.152)

Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son. Por tanto, excluye conductas disociales asociados a trastornos emocionales; trastornos hiperkinéticos; trastornos del humor (afectivos); trastornos generalizados del desarrollo; y esquizofrenia.

El trastorno disocial (TD) tiene doble inicio; por un lado se encuentra aquella forma de trastorno que tiene su inicio en la infancia, *subtipo inicio infantil*, específicamente en la infancia media (5-6 años). Para su diagnóstico se requiere que por lo menos una característica del trastorno esté presente antes de los 10 años, según DSM IV-TR (APA, 2001).

De otro lado, Wicks-Nelson e Israel (2000) explican como una segunda forma tiene su inicio en la denominada primera adolescencia, *subtipo de inicio en la adolescencia* (11, 12 o 13 años). Su diagnóstico implica la falta de presencia de cualquier característica del trastorno antes de los 10 años de edad y por lo general se le asocia a los cambios provocados por la pubertad (APA, 2002).

En cuanto a los subtipos, existen varios autores que han señalado diferencias entre el desorden de conducta de inicio infantil y el desorden de conducta de inicio adolescente, en términos de sus características, curso y pronóstico (Compas, Hinden y Gerhardt, 1995; Gebhardt y Prins, 1997; Kazdin, 1998; en Loeber y Hay, 1997).

La APA (2002), por ejemplo, ha señalado que el trastorno disocial de inicio infantil, tiende a presentarse antes de alcanzar la pubertad, se presenta en una proporción ostensiblemente mayor en los varones y tiene un peor pronóstico, pues no tiende a desaparecer hacia el final de la adolescencia como el de inicio adolescente, sino que progresa en forma de trastorno antisocial de la personalidad.

Ahora que, los problemas son producto de varios factores interactuantes recíprocamente entre sí. Pero, uno de los puntos que más se destacan como lo escriben Sarason y Sarason (2006), es el hecho que los jóvenes con TD tienen relaciones deficientes con sus compañeros y demás personas a su alrededor, una clara asociación entre la falta de habilidades prosociales y el trastorno, que invita a dirigir una mirada de gran interés en los planteamientos ofrecidos por los programas de pensamiento prosocial, tal es el caso del de Garrido y Ross (2003) aquí acogido para el trabajo investigativo.

Este programa, basado en el Modelo Cognitivo de Rehabilitación y Prevención de la Delincuencia, propone la importancia de la intervención dirigida a compensar los déficits

cognitivos de los delincuentes. Sobre un “modelo de prevención y tratamiento” (Ross, Fabiano y Garrido, 1990 en Ross y Ross, 1995).

En específico, para este trabajo se acoge la adaptación de este tipo de programa que se conoce como Programa del Pensamiento Prosocial Versión Corta Para Jóvenes –PPSVCIJ- (Alba, Garrido y López, 2005), un programa psicoeducativo con aplicación a diferentes contextos, no solo de rehabilitación con delincuentes juveniles y adultos.

### *Objetivos*

#### *Objetivo general*

Evaluar los efectos del programa de pensamiento prosocial en la conducta antisocial y la empatía en jóvenes infractores de la ciudad de Neiva con diagnóstico de trastorno disocial.

#### *Objetivos Específicos*

1. Evaluar la efectividad del programa Pensamiento Prosocial, en las conductas antisociales que manifiestan los jóvenes diagnosticados con trastorno disocial.
2. Evaluar el impacto del programa Pensamiento Prosocial, en la empatía que manejan los jóvenes diagnosticados con trastorno disocial.
3. Evaluar la efectividad del programa Pensamiento Prosocial según el trastorno disocial (De inicio infantil versus de inicio adolescente), comparando los resultados de las pruebas aplicadas a los cuatro grupos de participantes (Dos grupos control y dos grupos experimentales de TD de inicio en adolescencia y en la infancia).

### *Hipótesis*

H1. Las conductas antisociales disminuirán en el grupo experimental con trastorno disocial de inicio infantil después de aplicar el programa de pensamiento prosocial (Ruiz y Ruiz, 2003)

H2. Las conductas antisociales disminuirán en el grupo experimental con trastorno disocial de inicio en la adolescencia después de la implementación del programa de pensamiento prosocial.

H3. La media de puntuaciones de la escala de Empatía (Rey, 2003), aumentará en el grupo experimental con trastorno disocial de inicio en la infancia, después de la implementación del programa de pensamiento prosocial.

H4. La media de puntuaciones de la escala de Empatía (Rey, 2003), aumentará en el grupo experimental con trastorno disocial de inicio en la adolescencia, después de la implementación del programa de pensamiento prosocial.

#### *Variables*

##### *Variables Dependientes*

*Empatía:* La capacidad de ponerse en el lugar del otro no quiere decir que se comparta sus opiniones, ni que se esté de acuerdo con su manera de interpretar la realidad. Por tanto la empatía presupone una suspensión temporal, de la propia manera de ver las cosas (González Portal, 1988; Rey, 2003).

*Conducta Antisocial:* El comportamiento de un individuo en contra de la normatividad, conductas o reglas socialmente establecidas y aceptadas. Ella hace referencia a una diversidad de actos que violan las normas sociales y los derechos de los demás (Kazdin y Buela Casal 1998). Operacionalmente es el número de conductas antisociales reportadas en el Cuestionario de Conductas Antisociales para Jóvenes y en el Cuestionario de Conductas Antisociales para Educadores (Ruiz y Ruiz, 2003).

##### *Variables Independientes*

*Programa De Pensamiento Prosocial:* Programa desarrollado por Garrido y López (2005) guiado por los principios de la intervención cognitiva conductual, de línea constructivista que puede ser aplicado tanto a un grupo de adolescentes como a un grupo de niños.

*Tipos de Trastorno Disocial:* Este trastorno para DSM IV-TR, APA (2001), se define como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Operacionalmente se define como:

1. *Trastorno Disocial con Inicio en la Adolescencia:* Según reporte en la historia clínica y/o en los de los reportes del padre o de la madre o cuidadores, sobre la presencia de conducta disociales luego de los 10 años, de acuerdo a lo explicitado por la APA (2002).

2. *Trastorno Disocial con Inicio Infantil:* Como el reporte en la historia clínica y/o en los de reportes del padre o de la madre o cuidadores, de conductas disociales como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto, exhibidos antes de los 10

años. Ya sean en cualquiera de sus cuatro tipos: agresivos, comportamientos no agresivos con daño a la propiedad privada, fraudes o robos, y finalmente violaciones a las normas.

#### Metodología:

Diseño cuasi experimental, con preprueba, postprueba, 4 grupos según los inicios del trastorno disocial dos para infancia y dos para adolescencia (2 experimentales y 2 control), cada uno de 8 integrantes para una muestra aleatoria total de 32 jóvenes infractores de la Ley. Instrumentos usados: el Cuestionario de Conductas Antisociales de Ruiz y Ruiz (2003) y la Escala de Empatía adaptada por Rey (2003).

#### *Procedimiento.*

*Fase de Selección de Participantes:* Con autorización de la fundación “Hogares Claret” y de los representantes legales de los menores, así como del asentimiento de los participantes a los cuales se les informo sobre los objetivos del programa, se aplicó el Cuestionario Breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes a los 140 internos, y se seleccionaron 32 adolescentes (16 de inicio en la infancia y 16 de inicio en la adolescencia) entre los 13 y los 17 años de edad con características sociodemográficas similares y con los puntajes más altos. Para determinar la edad de inicio se contactó a las madres o acudientes, quienes diligenciaron el “Cuestionario de Conductas Antisociales”, instrumento dirigido a adultos que comparten con los adolescentes para recolectar información sobre la edad de inicio del trastorno en los jóvenes.

*Fase de aplicación de Cuestionario para Diagnosticar T.D.:* Esta aplicación estuvo dirigida a los jóvenes seleccionados para participar en el estudio.

*Fase de Asignación por Grupos de Ocho Integrantes:* Sobre el grupo de 32 jóvenes de T.D. con inicio en la adolescencia se hizo al azar un sorteo con una moneda, para obtener el fraccionamiento en dos subgrupos uno para el grupo experimental y otro para grupo control. Este mismo proceso se llevó a cabo con el grupo de 16 jóvenes cuyo T.D. tenía inicio en la niñez.

*Fase de Aplicación de Pretest:* Con la selección del grupo experimental y el grupo control se procedió a la aplicación de las pruebas (escala de empatía y cuestionario de conductas antisociales) encargadas de medir las variables que durante el desarrollo del programa fueron intervenidas. La medición fue realizada simultáneamente con los dos grupos.

*Fase de aplicación del Programa de Pensamiento Prosocial:* Durante siete semanas se realizaron dos sesiones semanales, cada una de las cuales tuvo una duración que osciló entre tres y cuatro horas todos los miércoles y los jueves en la mañana.

*Fase de posttest:* Al concluir los ejes del programa de pensamiento prosocial, se aplicaron de nuevo la escala de empatía y el cuestionario de conductas antisociales a los cuatro grupos estableciendo las diferencias entre los resultados del pretest y el posttest.

*Fase de Cierre:* Para cerrar las actividades luego de la aplicación de las mediciones post test a los grupos; se les reunió con una confraternización como agradecimiento a la disposición y colaboración de cada uno de los jóvenes en el transcurso de los meses que duró el desarrollo de cada una de las etapas parte del proceso de la investigación.

*Fase de Análisis de Datos:* Después de aplicar las pruebas se realizó la base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 19. Se aplicaron las pruebas estadísticas no paramétricas para muestras independientes U de Mann-Whitney y la prueba estadística no paramétrica para muestras relacionadas de Wilcoxon.

### Conclusiones:

1. La incidencia del programa de pensamiento prosocial corto para jóvenes muestra un efecto positivo en cuanto al decremento de las conductas antisociales diagnosticadas en los jóvenes con trastorno disocial, toda vez que los resultados arrojaron cambios estadísticamente significativos una vez finalizada la aplicación del programa, cambios que igualmente fueron percibidos por el psicólogo en la medida que se desarrollaba el programa.

1. En cuanto al impacto del PPSCJ de Ross, Galiano y Garrido (2005) sobre la empatía se estableció mediante la presente investigación que esta intervención de tipo cognitivo conductual no promueve el incremento de las conductas empáticas en los jóvenes, una afirmación amparada en el hecho que los resultados derivados del análisis estadístico no registraron cambios significativos.

2. La efectividad del programa esencialmente se evidencia en la recuperación de los jóvenes diagnosticados con trastorno disocial en lo que atañe a sus conductas antisociales, indistintamente del subtipo de afectación es decir ya sea un inicio en la infancia o en la adolescencia, para ambos grupos los hallazgos revelan cambios estadísticamente significativos en sus comportamientos que superan la presencia de las conductas antisociales.

### **Sugerencias**

3. Para obtener mejores resultados, la aplicación del programa debe acompañarse del seguimiento institucional y post institucional que permita establecer la efectividad del tratamiento a largo plazo, descartando el riesgo de la presencia de conductas clonadas sobre el modelado durante el entrenamiento por intereses en cuanto al buen comportamiento para la disminución de la privación de la libertad. De ahí que se sugiera la necesidad de dar continuidad a esta evaluación de efectividad con una replicación del estudio.
4. Además, en lo concerniente a la deseabilidad social, es pertinente para una futura aplicación del programa incluir las estrategias idóneas que permitan controlar aquellos comportamientos desde los participantes en busca de hacer lo correspondiente a las expectativas del trabajo adelantado sesgando los resultados con una acción por aquiescencia con el profesional más no de un cambio por convicción.
5. También es importante ahondar más en la empatía para evaluarla con unos ítems donde se valore la conducta empática tanto entre el grupo de pares como hacia las figuras de autoridad.
6. Se recomienda la aplicación del programa en medidas sancionatorias abiertas como externado abierto y libertad vigilada con el objetivo de comparar su efectividad en la disminución de conductas antisociales en jóvenes que gozan de este tipo de medidas.

### Anexos:

Apéndice A. Cuestionario Diagnóstico de Trastorno Disocial

Apéndice B. Cuestionario Conducta Antisocial de Ruiz

Apéndice C. Escala de Empatía

Apéndice D. Presupuesto

Apéndice E. Formato de consentimiento informado